

事業所名称(事業所番号) : ゆいの里幸津川デイサービスセンター (2570700050) TEL077-585-8900

提供サービス名 : 通所介護・介護予防通所介護

評価年月日: 令和6年 9月 27日

第三者評価結果整理表 (通所系サービス)

○共通評価項目

I 福祉サービスの基本方針と組織		
1 理念・基本方針		
(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		※ 第三者評価機関における「評価の着眼点」のチェック数
①	b 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	5 項目/6項目
総合評価・判断した理由等		
パンフレットやホームページが作成され、法人パーパス・ビジョン・クレドが明確に記載されている。また職員に対しては、入職時に「カルチャーブック」を渡し、年2回の合同職員会議や個別面談において理念や基本方針の周知に努めている。利用者や家族への周知については、コロナ禍により家族会の開催が困難な状況もあり周知が図れていない。但し、チラシ配布や口頭での説明は継続して行っており、年末頃からは家族会の再開を計画している。		
2 経営状況の把握		
(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
①	a 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	4 項目/4項目
②	a 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	4 項目/4項目
総合評価・判断した理由等		
法人のホームページには中・長期的な視点での目標を具体的に掲げ、課内会議、部門会議、経営会議等を定例で開催し、細かく経営状況や課題等を検討分析している。会議は毎週短時間で行うなどの工夫がされ、内容はパソコン内で確認可能な状態に掲載されており、鮮度の高い情報を職員間で共有出来る環境を整えている。各会議での課題分析結果は職員にも共有され、職員間の共有については個別面談「1 on 1」を毎月実施してきめ細かな指導がなされている。		
3 事業計画の策定		
(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
①	b 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	3 項目/4項目
②	a 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	4 項目/4項目
(2) 事業計画が適切に策定されている。		
①	a 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	4 項目/5項目
②	c 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	0 項目/4項目
総合評価・判断した理由等		
法人として2040年に向けた明確なビジョンを作成し、ホームページ等で周知出来ている。単年度の計画についても実行可能な具体的内容の計画が策定されており、事業所全体として前向きな姿勢が確認できた。但し、目標の数値化までは出来ておらず、数値目標に基づいた根拠のある事業計画を実施することが今後の課題である。また、事業計画の利用者や家族への周知については、今後家族会の再開による改善を期待します。		
4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
①	b 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	3 項目/4項目
②	a 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	5 項目/5項目
総合評価・判断した理由等		
福祉サービスの質の向上への取り組みに関しては、組織的なPDCAサイクルを活用しており、職員間の共有や課題の抽出についても個別面談の「1 on 1」を通じて実施されている。前回の第三者評価から約10年のブランクがある為、今回は(1)―①についてはb評価とした。今回の評価を機に第三者評価の継続的な受審とその活用を望みます。		

Ⅱ 組織の運営管理		
1 管理者の責任とリーダーシップ		
(1) 管理者の責任が明確にされている。		
①	a	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 4 項目/4項目
②	a	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 4 項目/4項目
(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
①	a	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 5 項目/5項目
②	a	経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。 4 項目/4項目
総合評価・判断した理由等		
管理者の責任や役割については広報誌等で表明されており、法令遵守に関しても正しく理解している。また、管理者不在時の対応にも連絡のつきやすい配慮がなされ、管理者会議にも定期的に参加して、常にリーダーシップを取ることが出来るよう体制づくりに努めている。毎年1回の利用者アンケートを実施するなど経営の改善にも取組み、職員のケアについては離職率の把握、退職時面談の実施を行い、職員が働きやすい環境への配慮がなされています。		
2 福祉人材の確保・育成		
(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
①	a	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 4 項目/4項目
②	a	総合的な人事管理が行われている。 6 項目/6項目
(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
①	a	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。 8 項目/8項目
(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
①	a	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 5 項目/5項目
②	a	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。 5 項目/5項目
③	a	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 5 項目/5項目
(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
①	a	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 5 項目/5項目
総合評価・判断した理由等		
法人内協議体として「人材確保委員会」を設置し採用基準を定めている。また、毎月管理者クラスも参加した人材確保計画会議や配置計画会議を開催し、職員の人材確保や育成について話し合いが行われている。人材育成の面では可能な限りDX化を取り入れ、キャリアパスについても明確化されている。職員はオンデマンドで必要な知識の取得が可能になるなど工夫がなされており、更に健診やストレスチェックも実施され、リフレッシュ休暇を増やすなど随所で働き易さへの努力がうかがえる。		
3 運営の透明性の確保		
(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
①	b	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。 4 項目/5項目
②	a	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 4 項目/4項目
総合評価・判断した理由等		
法人全体でホームページ等を活用し企業理念・サービス内容・財務状況等の情報公開をおこない、運営の透明性を担保している。事務分掌やアクセス権限についてもルール化され情報の保護についても配慮している。財務状況については外部の監査が実施されている。第三者評価が前回の実施より約10年経過していることのみマイナスポイントとなった		

4 地域との交流、地域貢献			
(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
①	a	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	5 項目/5項目
②	a	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	5 項目/5項目
(2) 関係機関との連携が確保されている。			
①	a	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	5 項目/5項目
(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
①	a	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	1 項目/1項目
②	a	地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	5 項目/5項目
総合評価・判断した理由等			
事業所として地域に向けたチラシの作成や、LINE・Instagram等のソーシャルネットワークを活用した情報発信を行っている。ボランティアの受け入れについては「ボランティアの受入れポイント」を作成し、法人として「ボランティアハンドブック」も作成している。また、地域の学校との連携もあり、近隣の社会資源のリストを作成し掲示している。法人単位で地域ニーズの把握や公益事業を実施している。具体的にはホームページからの発信・地域支援プログラムでの事業の実施等、「地域福祉推進室」が中心となって企画・運営に取り組んでいる。防災対策については、避難所や物資の協定等資料や台帳の作成を行い、発災時はいつでも受け入れ可能な状態を保っている。			

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施			
1 利用者本位の福祉サービス			
(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
①	a	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	5 項目/5項目
②	a	利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	4 項目/4項目
(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。			
①	a	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	5 項目/5項目
②	b	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	4 項目/5項目
③	a	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	4 項目/4項目
(3) 利用者満足の向上に努めている。			
①	b	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	3 項目/5項目
(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
①	a	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	7 項目/7項目
②	b	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	2 項目/3項目
③	b	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	5 項目/6項目
(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
①	a	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	6 項目/6項目
②	a	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	6 項目/6項目
③	a	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	5 項目/5項目
総合評価・判断した理由等			
法人独自で職員向けの冊子(入職時に配られる「カルチャーブック」に倫理要領等記載されている。その他「個人情報管理規定」「プライバシーマニュアル11のポイント」など)も作成し、利用者を尊重する姿勢が明確にされている。「新規利用者受入マニュアル」もあり、希望者が施設利用をし易いようお試し・体験・風呂の利用を無料にするなど工夫がなされている。契約書や重要事項説明書については、チャート図の使用や大切な箇所を囲むなど、高齢者でも見やすいよう工夫されている。また、本人のみならず家族への情報提供や満足度アンケートの実施し、苦情対応についても受付表で管理するなど体制が整っている。但し、事業所資料については配布先が少なく、利用者側からのアクセスが不十分な箇所が見られた。今後さらなる情報提供に工夫の余地があると思われる。利用者アンケートの分析結果はまとめたものを利用者へ返している。更に、利用者等とは3か月に一度面談で意向等の聞き取りを行っている。第三者委員は設置しているが、苦情の受付は担ってもらっていない。苦情内容結果等は、法人の広報誌に掲載して公表されている。法人で危機管理対策委員会を設置。「緊急時対応マニュアル」を作成しており、事故報告書、ヒヤリハットの件数等共有され、重大なものについては検討をする場が設けられている。			

2 福祉サービスの質の確保

(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

①	a	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	4 項目/4項目
②	a	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	4 項目/4項目

(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

①	a	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	7 項目/7項目
②	a	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	4 項目/4項目

(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

①	a	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	6 項目/6項目
②	a	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	6 項目/6項目

総合評価・判断した理由等

福祉サービスの質の向上のためにIT化を取り入れたり、定期的なカンファレンスを行い、サービスの質の確保に取り組んでいる。事業所として「サービスの統一化」を作成しており、在宅サービス部門の事業計画に記載。その中で見直し等を実施している。また、サービス計画の実施については6か月ごとの見直しをするなど、適切なサービス提供につながる運営姿勢が見受けられた。個人情報管理についてもシステムの導入によりセキュリティの強化を図っている。「文章保存基準」を作りセキュリティ規定に関しては、より厳密にするために改定途中である。

○内容評価項目

A-1 生活支援の基本と権利擁護			
(1)生活支援の基本			
①	a	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	6 項目/6項目
②	a	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	7 項目/7項目
(2)権利擁護			
①	a	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	7 項目/7項目
総合評価・判断した理由等			
利用者に応じた生活が出来ているか半年ごとにアセスメントを行い、献立の紙きり、おやつ作り、テーブル拭きなど具体的な役割がもてるよう工夫されている。利用者と職員がいかにコミュニケーションが図れるかを模索し、独自の標語を作成するなどの取り組みが見受けられた。またポータルサイトを用い、職員が必要な情報にアクセスしやすい環境づくりに努めている。			
A-2 環境の整備			
(1)利用者の快適性への配慮			
①	a	福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	4 項目/4項目
総合評価・判断した理由等			
利用者が快適に過ごせるよう、エアコンの風量や風向きの調整のため直接風が当たらないよう自作の風よけを設置している。休憩所のベッドのパーテーション設置や設備の無機質な箇所手作り装飾を施すなどの工夫が感じられた。			
A-3 生活支援			
(1)利用者の状況に応じた支援			
①	a	入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	10 項目/10項目
②	a	排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	10 項目/10項目
③	a	移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	9 項目/9項目
(2)食生活			
①	a	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	3 項目/3項目
②	a	食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	8 項目/8項目
③	b	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	2 項目/7項目
(3)褥瘡発生予防・ケア			
①	b	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	5 項目/6項目
(4)介護職員等による喀痰吸引・経管栄養			
①	a	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	3 項目/3項目 ※【2項目は非該当とした】
(5)機能訓練、介護予防			
①	a	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	5 項目/5項目
(6)認知症ケア			
①	a	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	10 項目/10項目
(7)急変時の対応			
①	a	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	8 項目/8項目
総合評価・判断した理由等			
事業所は看護師を3名配置し、健康面でより安心して利用できるよう対応している。但し、褥瘡予防対策や口腔ケアに関しては、施設の特性上積極的な取り組みが行いにくい環境であった。一方「衛生管理マニュアル」に基づき職員に対する必要な研修はしっかり実施されていた。3か月に一度、困りごとなどを利用者家族から聞く機会がある。利用者へは本人の意向を確認し配慮しながら同性介護を基本としている。入浴は、本人のADLに合わせて提供しており、浴室に花を飾るなど、快適な環境づくりがされている。日々のデイの中で、本人の状況に合わせて機能訓練を実施し、自分で行うこと(物を取りに行ってもらうなど)、意図的に動いてもらうように取り組んでいる。3か月ごとに認知症のチェックも実施している。施設内では利用者が落ち着いて過ごせる環境づくりに着目した支援をおこない、家族やケアマネジャーへの情報提供も出来ていた。			

A-4 家族等との連携		
(1) 家族等との連携		
①	a	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 7 項目/7項目
総合評価・判断した理由等		
通所での変化があった場合は、送迎時に家族に対し連絡帳を使って報告したり、直接手紙を送付するよう工夫している。通所での様子を報告し、在宅生活にも活かせるよう家族に対して助言をおこない、自宅と通所を合わせて、本人及び家族がバランスの取れた介護生活が送れるよう努めている様子が評価の中で確認出来た。コロナ禍前は「家族介護者会議」を開催し、研修や茶話会などを実施していたとのことで、再開できることを期待します。		

利用者の要介護状態の改善のためのサービス評価基準(滋賀県独自項目)		
(1)	a	運動器の機能向上に資する取組を計画的・組織的に行っている。 7 項目/7項目
(2)	a	日常的な介護サービスにおいて要介護状態の改善に資する取組を行っている。 4 項目/4項目
総合評価・判断した理由等		
常勤看護師の配置を強みにして、看護師が計画策定を行い不定期ではあるが作業療法士の関りもある。食事は基本4形態で提供しており、自前の厨房にて管理栄養士による食べ易さに配慮した昼食が提供されている。2年前からは利用者による食事づくりはなくなったが、盛り付けやおやつ作りは利用者が手伝っている。また、機能訓練をはじめ栄養状態の確認や体重測定、場合によっては食事形態の変更や高カロリー食の導入など、利用者の要介護状態の改善に合わせたサービス提供に取り組んでいます。		